

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

О РАБОТЕ ШЕСТНАДЦАТОЙ (LXXIX) СЕССИИ ОБЩЕГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

27 февраля – 1 марта 2006 г. в г. Москве состоялась шестнадцатая (LXXIX) сессия Общего собрания Российской академии медицинских наук, которая стала знаменательной вехой в деятельности Российской академии медицинских наук и ее организационно-методических, научно-исследовательских и иных структур, ибо состоялись выборы президента РАМН в связи с истечением срока работы на этом посту В.И. Покровского.

В адрес академика РАМН В.И. Покровского, проработавшего президентом Российской академии медицинских наук с 1987 г. по настоящее время, было высказано много теплых слов благодарности и признательности за проведенную им большую организационную работу по укреплению и дальнейшему развитию академии в период социально-экономических реформ 90-х годов XX в.

В результате выборов, проведенных на альтернативной основе, президентом Российской академии медицинских наук был избран доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН и РАН, директор Российского онкологического центра М.И. Давыдов.

В работе сессии Общего собрания РАМН принял участие директор ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), д.м.н., профессор М.И. Томский.

ДАВЫДОВ Михаил Иванович* (род. в 1947 г.); специальность «онкология», действительным членом РАМН избран 20.02.2004 г. (чл.-кор. с 1999 г.), ОКМ; акад. РАН (2003), Гос. премия (2001), Премия Правительства РФ (2003).

Окончил в 1975 г. 1-й ММИ (ныне ММА). В 1988–1993 гг. – заведующий отделом торакальной онкологии, в 1993–2001 гг. – заместитель генерального директора и директор Института клинической онкологии, с 2001 г. – генеральный директор Российского онкологического центра и одновременно (с 2002 г.) заведующий кафедрой онкологии ММА.

Создал научную школу в торакоабдоминальной онкохирургии. Разработал методы хирургического и комбинированного лечения рака пищевода, легких, желудка, опухолей средостения. Впервые стал проводить опера-

* 60 лет Российской академии медицинских наук / Под ред. академика РАМН В.И. Покровского. – М.: НПО «Медицинская энциклопедия», 2004. 492 с.



ции с пластикой полых вен, аорты, легочной артерии, комбинированную резекцию пищевода. Один из пионеров хирургического лечения опухолей торакса. Осуществил фундаментальные исследования распознавания злокачественных клеток системами противоопухолевого иммунитета, генодиагностики наследственной предрасположенности к развитию злокачественных опухолей. Впервые в мире выполнил трансплантацию трахеи. Впервые в России произвел экстирпацию нижней полых вен при метастатическом раке почки.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»

Теплый солнечный день в Якутске. Площадь Ленина переполнена людьми. Вдоль площади красуются новенькие белые «Газели». Происходит торжественная передача медицинского автотранспорта лечебным учреждениям Республики Саха (Якутия).

Это мероприятие проведено во исполнение Постановления Правительства РФ № 371 от 30 декабря 2005 года «Об обеспечении в 2006 году машинами «скорой помощи» и реанимобилями учреждений «скорой медицинской помощи» и санитарной авиации». В

рамках реализации национального проекта «Здоровье» Министерством здравоохранения и социального обеспечения РФ выделено Республике Саха (Якутия) 34 млн. 500 тыс. руб. в виде 85 единиц медицинского автотранспорта для обеспечения автомашинами всех отделений и станций медицинской «скорой помощи» Республики Саха (Якутия), в целях укрепления первичного звена и профилактики



ки здоровья населения нашей республики. Первая партия автомобилей в количестве 56 единиц выдана улусам Арктической и Вилюйской групп, а также станциям СМП г.Якутска, г.Нерюнгри, г.Мирного, Центру медицины катастроф (санавиация) и РБ№1-НЦМ. Вто-

рая партия санитарного транспорта выдана 11 центральным районным больницам. Все автомобили оснащены специальным медицинским оборудованием для перевозки и оказания экстренной помощи не только взрослым, но и новорожденным.

Министр здравоохранения В.Л. Александров торжественно передавал автотранспорт представителям ЦУ-Бов. Поздравляем всех с приобретением столь необходимого и ценного подарка от правительства! Желаем успехов в работе!

*Гл. специалист НОО ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я)
С.Н. Леханова*

О ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРЕКАНЦЕРОГЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА»

Злокачественные опухоли органов пищеварения – актуальная мировая проблема, распространенность этого заболевания остается высокой. Неслучайно объявлена всемирная акция XXI века «Профилактика рака органов пищеварения». В связи с этим и в целях улучшения качества оказания гастроэнтерологической помощи населению Республики Саха (Якутия) 22-23 июня 2006 г. состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Преканцерогенные состояния органов пищеварения в условиях Крайнего Севера», продолжившая традиции регулярных конференций, собиравших клиницистов и представителей фундаментальных разделов медицины, интересы которых были сосредоточены в области изучения механизмов развития и поиска новых подходов к профилактике, диагностике и лечению заболеваний пищеварения, проводившихся ранее в республике.

Председателями были Неустроева Л.Д., к.м.н., начальник Управления организации и развития медицинской

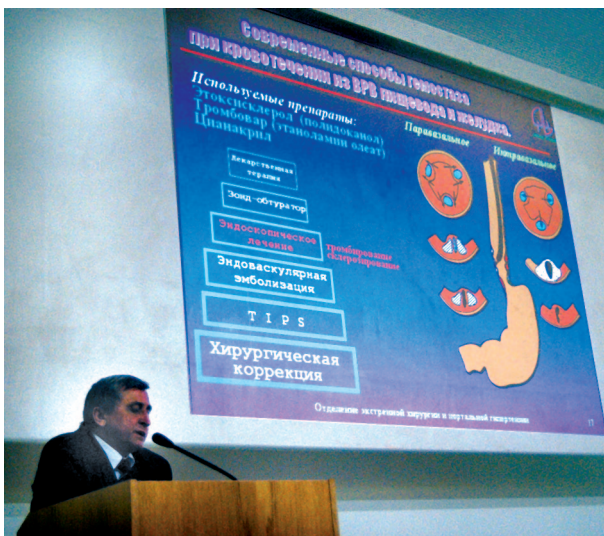
помощи и профилактики МЗ РС(Я), Курилович С.А., д.м.н., профессор, зав. лабораторией гастроэнтерологии НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск), Аргунов В.А., д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я), Алексеева М.Н., д.м.н., профессор, главный внештатный инфекционист МЗ РС (Я).

В работе конференции приняли участие приглашенные гости, ведущие ученые России, такие как Жданов К.В. – д.м.н., профессор Военно-медицинской академии (г. Санкт-Петербург), Козлова А.В. – к.м.н., с.н.с. Московского городского Центра трансплантации печени, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (г. Москва), Андрейцева О.И. – к.м.н., ведущий научный сотрудник Московского городского Центра трансплантации печени, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (г. Москва), Киценко Е.А. – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии Российского научного центра хирургии (г. Москва), Серяков А.П. – д.м.н., профессор, руководитель радиологического центра Главного военного клинического госпиталя им. Бурденко (г. Москва), Абу-

зарова Г.Р. – к.м.н., доцент НИИ онкологии им. Герцена (г. Москва). Также активно участвовали профессора, научные сотрудники и специалисты из Якутского научного центра РАМН и Правительства РС(Я), Медицинского института ЯГУ, Республиканского онкологического диспансера, РБ №1-НЦМ, РБ №2-РЦЭМП, городской инфекционной больницы и некоторых центральных улусных больниц.

На первом пленарном заседании были подробно обсуждены эпидемиология, диагностика, клиника преканцерогенных состояний органов пищеварения, а также эпидемиология, клиника, исходы, методы профилактики и лечения парентеральных вирусных гепатитов. В докладах были освещены вопросы патогенеза, современных методов диагностики и лечения вирусных гепатитов В и С. Большое внимание уделено оказанию неотложной помощи при осложнениях портальной гипертензии (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода), а также трансплантации печени.

Во второе пленарное заседание вошли следующие секции: «Особенности патологии желудочно-кишечного тракта у детского населения Крайнего Севера», «Современные подходы к комплексному лечению заболеваний органов пищеварения». Проблема ра-



ционального лечения хронических заболеваний органов пищеварения, в частности хеликобактерного гастрита, вирусных гепатитов как предракового состояния, остается одной из актуальных в практической работе врачей гастроэнтерологов и инфекционистов. Эта тема была подробно освещена на

конференции. На второй день конференции приглашенные специалисты провели мастер-классы и консультативный осмотр тяжелых и диагностических пациентов.

Очевидно, что гастроэнтерология остается одним из плодотворно развивающихся разделов клиники внут-

ренних болезней, скорейшей реализации перспектив которого может способствовать, прежде всего, сотрудничество различных научных коллективов. В связи с этим целесообразность регулярных встреч специалистов, особенно в рамках масштабных форумов, не подлежит сомнению.

Гл. специалист НОО ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я)
С.Н. Леханова

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

Б.Т. Величковский

СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС, ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ*

Ущерб, нанесенный реформами здоровью населения страны, получил нелицеприятную оценку Национального разведывательного совета США в докладе «Глобальные тенденции развития человечества до 2015 г.». В нем говорится, что население России не только сокращается, но и становится все менее и менее здоровым, а значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения.

Реформы длятся 14 лет. Однако нет единого мнения о том, каков лимитирующий фактор, определивший развитие медико-демографического кризиса?

1. РОЛЬ НИЩЕТЫ, АЛКОГОЛИЗМА И ДРУГИХ «ТРАДИЦИОННЫХ» ПРИЧИН

Для ответа на этот вопрос сначала следует прояснить непростые взаимоотношения между бедностью, воспроизводством и здоровьем населения России.

Нищета, возникшая в ходе реформ, наибольшее влияние оказала на снижение рождаемости, так как для большинства семей количество детей стало определяющим фактором бедности.

От бедности пострадали беременные женщины. Они превратились в группу высокого риска в связи с повышением частоты анемий, невынашивания беременности и осложнения родов. Это в свою очередь увеличило число детей, рождающихся больными.

ВЕЛИЧКОВСКИЙ Б.Т. – академик РАМН, проф., д.м.н., гл. научн. сотрудник отдела молекулярной биологии РГМУ.

* (Перепечатано с одноименной брошюры автора (М.: Всерос. центр медицины катастроф «Защита», 2005. Серия «Библиотека Всерос. службы медицины катастроф»).

Нищета обусловила отрицательное влияние на физическое развитие и здоровье детей. Ускоренное физическое развитие (акселерация) сменилось замедлением физического развития (ретардацией). К тому же, по данным Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, нищета породила порядка 2,8 млн. беспризорных детей, больше чем после Великой Отечественной войны [21].

Однако ухудшение материального благосостояния не приобрело решающего значения в подъеме смертности населения. Если бы указанная причина оказалась ведущей, подъем смертности в первую очередь затронул бы самые уязвимые возрастные группы: детей и престарелых. В этом случае темпы роста смертности всего населения были бы больше, чем лиц трудоспособного возраста. Но в действительности имеет место обратное явление: смертность лиц трудоспособного возраста растет быстрее, чем населения в целом [12] (таблица).

Поэтому обнищание населения – не ведущая причина стремительного повышения уровня смертности [8].

Последние 4 года в России наблюдается удивительный парадокс: бедных в стране из года в год становится меньше на 5-6 млн., но смертность населения не снижается (рис. 1).

Главная причина этого парадокса заключается в том, что в стране неправильно определен критерий бедности. В эту категорию сейчас относятся люди, у которых величина денежных доходов ниже прожиточного минимума. Однако прожиточный минимум в России неоправданно низкий. Так, например, по данным Всемирной организации

Изменение коэффициентов общей смертности и смертности в трудоспособном возрасте (в том числе в % к 1991 г.)

Год	Смертность населения*	Смертность трудоспособного населения*
1991	11,4 (100%)	5,0 (100%)
1992	12,2 (107%)	5,8 (116%)
1993	14,5 (127%)	7,4 (148%)
1994	15,7 (138%)	8,4 (168%)
1995	15,0 (132%)	8,0 (160%)
1996	14,2 (125%)	7,1 (142%)
1997	13,8 (121%)	6,3 (126%)
1998	13,6 (119%)	5,0 (100%)
1999	14,7 (129%)	6,7 (134%)
2000	15,4 (134%)	7,3 (146%)
2001	15,7 (138%)	7,5 (150%)
2002	16,3 (143%)	7,8 (156%)
2003	16,4 (144%)	8,0 (160%)

* На 1 тыс. чел.

здравоохранения, трудоспособный человек должен потреблять 75-80 кг мясных продуктов в год, а по нормам российской «потребительской корзины» – 31,5 кг [27]. Не случайно, при опросах общественного мнения свое материальное положение оценивают как «плохое и очень плохое» 50 млн. россиян, т.е. на 20 млн. больше, чем по данным Госкомстата.

Вторая причина заключается в том, что в ходе реформ, наряду с обнища-

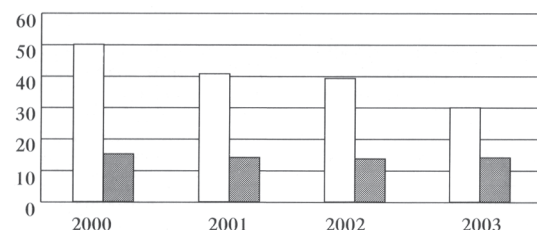


Рис. 1. Соотношение уровня смертности и численности бедного населения. Белые столбцы – количество бедных, млн. чел.; темные столбцы – коэффициент общей смертности, на 1 тыс. чел.